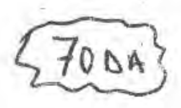
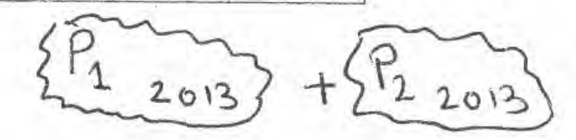
Comite pédagogique de pneumologie
Année 2012/2013 (1ère période)
Du 30 Septembre 2013 au 08 Novembre 2012





CAS CLINIQUE N° 1 :

Patient de 42ans, chef d'entreprise, fumeur à raison de 28 P/A, sevré il y a 5 ans, sans antécédents particuliers, consulte pour toux avec parfois expectoration mucopurulente, accompagnées de crachats hémoptoiques apparus il y a 10 jours. Par ailleurs il signale une douleur scapulaire droite.

A l'examen : état général conservé, température : 37°C, poids : 70kg, taille : 1,80m, TA : 120/70 mm Hg, FR : 22 cycles/mn, FC : 80/', bonne coloration cutanéo-muqueuse.

L'examen pleuro-pulmonaire est sans anomalies.

La radiographie thoracique montre une opacité hilaire droite dense et homogène grossièrement arrondie de 3 cm de diamètre à limites internes se confondant avec le médiastin et les limites externes sont peu nettes

1. Devant ce tableau radio clinique quel est le diagnostic le plus probable ?
   - A. Lymphome Hodgkinien
   - B. Lymphome non hodgkinien
   - C. Cancer bronchique primitif
   - D. Thymome
   - E. Cancer métastatique

2. Quels sont les examens les plus utiles au diagnostic ?

	Réponse :
1. Fibroscopie bronchique	A = 1+2
2. Electromyogramme	B = 2+ 5
3. FNS avec frottis sanguin	C = 1+3
4. Examen du cavum	D = 4+5
5. Tomodensitométrie thoracique	E = 1+5

Formule et Numération Sanguine : GR : 3,5 millions-, Hb= 10gr/l, Hte = 35% GB : 14 000 (PN : 75%, L : 16%, E : 2%, B : 0%, M : 7%)

Frottis sanguin : normal

Électromyogramme est normal

L'examen du cavum : aspect inflammatoire de la muqueuse naso pharyngée

Fibroscopie bronchique : présence d'une infiltration de la muqueuse bronchique à l'entrée de la lobaire supérieure droite .L'étude histologique de la muqueuse bronchique montre une prolifération de cellules épithéliales à cytoplasme abondant, regroupées en acini avec mitoses nombreuses et anomalies cytonucléaires

La tomodensitométrie thoracique : masse tissulaire hilaire droite de 3 cm de diamètre sans envahissement médiastinale avec adénopathies hilaires et sous carinaires

3. Il s'agit d'un :

A. Carcinome épidermoide indifférencié
B. Lymphome
C. Carcinome à petites cellules
D. Adénocarcinome
E. Carcinome thymique

4. Quels sont les examens indispensables permettant d'établir la classification TNM ?

1. TDM abdominale
2. TDM cérébrale
3. Radiographie scapulaire
4. Scintigraphie osseuse
5. Echographie abdominale

A=1+3 B= 1+4 C= 3+5 D=2+5 E=4+5

L'échographie et la TDM abdominale sont normaux

TDM cérébrale est normale.

Radiographie scapulaire est sans anomalies

Scintigraphie osseuse ne retrouve pas de foyer de fixation .

5. Quelle sera votre classification TNM
   - A. T3N2M0
   - B. T4N3M1
   - C. T1N2M0
   - D. T2N2M1
   - E. T2 N2 Mo

CAS CLINIQUE N° 2

Patient âgé de 30 ans, fumeur : 15P/A, comptable, originaire et demeurant à Tébessa consulte dans le cadre d'un dépistage familial d'une tuberculose pulmonaire à microscopie positive survenue chez le frère.

La radiographie du thorax révèle une opacité arrondie de 05cm de diamètre dense, homogène à limites nettes siégeant à la base droite.

L'interrogatoire ne retrouve aucune symptomatologie respiratoire ou extra respiratoire.

L'examen clinique : patient, conscient, coopératif, FC : 98batt/min, FR : 20cycles/min, TA : 120/80mmHg, Poids : 75kg, Taille : 1m70.

L'examen pleuro pulmonaire : murmure vésiculaire bien transmis aux deux hémithorax avec présence d'une submatité de la base droite.

Le reste de l'examen somatique est sans particularités.

6. Devant ce tableau radio-clinique vous évoquez en priorité le diagnostic suivant :
   - A. Tuberculome.
   - B. Cancer bronchique primitif
   - C. Kyste hydatique sain.
   - D. Pneumonie à foyer rond.
   - E. Pleurésie enkystée.

7. Afin d'étayer votre diagnostic, vous décidez de pratiquer en priorité l'examen suivant :

   1. TDM thoracique.
   2. Fibroscopie bronchique.
   3. FNS + Hémocultures.
   4. Tubages gastriques
   5. Sérologie hydatique.

A : 1+2 B : 2+3 C : 3+4 D : 1+5 E : 2+5

Les résultats vous parviennent :

- TDM thoracique : masse ovalaire de 7cm de grand axe, de densité hydrique, homogène, à contours nets, siégeant au lobe inférieur du poumon droit, les loges ganglionnaires sont libres.
- Fibroscopie bronchique : normale.
- FNS= GB : 6000 éléments/mm^3 (PN :75%, L :15%, E :4%, B :1%, M :5%).

  GR : 6millions/ml.

  Hb : 14g/l.

  Plq : 400,000 éléments/ml.

  Hémocultures= Négatives.
- Tubages gastriques : négatives, culture en cours.
- Sérologie hydatique par hémagglutination = 1/160e.

24 heures après le patient présente une toux sèche avec crachats hémoptoïques, l'examen clinique est inchangé.

Une radiographie thoracique de face de contrôle : révèle la persistance de l'opacité, celle-ci est surmontée en son pôle supérieur d'une clarté.

8. Cette évolution vous permet de conclure au diagnostic suivant :

   A. Kyste hydatique fissuré.
   B. Abcés du poumon.
   C. Cancer excavé.
   D. Hématome intracavitaire
   E. Aspergillome intracavitaire.

9. Votre conduite à tenir sera la suivante :

   A. Exérèse chirurgicale.
   B. Repos avec traitement hémostatique.
   C. Antibiothérapie de 4 à 6 semaines.
   D. Traitement antiparasitaire.
   E. Chimiothérapie.

CAS CLINIQUE N°3 :

1-Patiente âgée de 45 ans, originaire et demeurant à Alger, célibataire, sans profession, sans antécédents particuliers, consulte pour dyspnée, douleurs thoraciques, antérieures, toux sèche, amaigrissement de 4 kg évoluant depuis 1 mois.

L'examen physique retrouve une patiente, consciente, apyrétique présentant une légère pâleur cutanéo-muqueuse, FC : 90battements/minute, FR : 15cycles/minute, TA : 140/80mmHg, Poids : 58 kg, Taille : 165cm.

L'examen pleuro pulmonaire est normal. Le reste de l'examen somatique est sans anomalies.

La radiographie thoracique de face : objective une opacité de 6cm de diamètre dense, homogène de siège latéro-trachéale droite, à limite interne confondue avec le médiastin et la limite externe est nette et régulière.

10. Ce tableau radio clinique évoque:

A. Tumeur thymique.
B. Carcinome bronchique.
C. Goitre endothoracique.
D. Lymphome.
E. Sarcoïdose.

11. Pour étayer votre diagnostic vous demandez les examens suivants :

1. Radiographie thoracique de profil.
2. EMG.
3. Echographie thyroicienne
4. TDM thoracique.
5. Fibroscopie bronchique

Réponses :
A : 1+2
B : 2+3
C : 4+5
D : 3+5
E : 3+4

Les résultats des examens vous parviennent :

Radiographie thoracique de profil retrouve une opacité ovalaire dense homogène se projetant au niveau de l'espace clair retro-sternal

EMG : normal

Echographie thyroïdienne : thyroïde d'aspect et de volume normal

TDM thoracique : masse de densité tissulaire polylobée droite occupant le médiastin antéro-supérieure de 5 cm de diamètre refoulant la trachée au niveau de son tiers supérieur, e

masse engaine les gros vaisseaux du médiastin et s'étend vers la paroi thoracique sans signe d'envahissement.

Fibroscopie bronchique : présence d'une compression extrinsèque au niveau du 1/3 supérieur de la trachée, la muqueuse de tout l'arbre bronchique est d'aspect normal.

12. Pour confirmer votre diagnostic, vous préconisez:
   A. Une médiastinoscopie
   B. Une thoracotomie à minima
   C. Une biopsie transbronchique
   D. Une ponction biopsie osseuse
   E. Une ponction biopsie transpariétale

L'étude histologique de l'examen choisi met en évidence: un fond granulomateux fait de petits lymphocytes et d'histiocytes avec quelques cellules de grande taille à noyaux volumineux, bilobés, multi-nucléés avec cytoplasme abondant

13. Votre bilan pré thérapeutique comportera les examens suivants?

1. Echographie abdominale.	A : 1 + 2
2. TDM cérébrale.	B : 2+3
3. Examen du cavum	C : 3 + 4
4. TDM abdominale.	D : 1+3
5. Spirométrie.	E : 3+5

Les résultats des examens demandés vous parviennent :

Echographie abdominale ; aérocolie importante gênant l'exploration de l'abdomen.

TDM cérébrale est sans anomalies.

L'examen du cavum est normal.

TDM abdominale retrouve deux adénopathies rétro-péritonéales.

Spiromètrie : CV observée : 3L5 (CV Théorique : 4L), VEMS observé : 2L (VEMS Théorique :3L5)

14. Votre conduite thérapeutique sera la suivante :
   A. Corticothérapie.
   B. Traitement chirurgical.
   C. Chimiothérapie.
   D. Radiothérapie.
   E. Chimio-radiothérapie.

CAS CLINIQUE N° 4 :

1-Femme âgée de 75ans, aux antécédents d'accident vasculaire cérébral consulte pour dyspnée et expectoration muco-purulente évoluant depuis 2 semaines.

L'examen physique retrouve une patiente en état général moyen dyspnéique à 22cycles/mn, Température à 38,5 C, FC : 88 bat/min, TA : 140/80mm Hg.

A l'examen pleuro-pulmonaire : abolition du murmure vésiculaire avec augmentation des vibrations vocales et matité à la percussion de l'hémithorax gauche.

L'examen somatique retrouve une hémiplégie gauche avec trouble de la déglutition

Une radiographie thoracique de face : une opacité homogène occupant la totalité du poumon gauche avec effacement des deux culs de sacs et attraction du médiastin vers l'hémithorax gauche.

15. Quel est votre diagnostic radiologique?
   - A. Fibrothorax gauche.
   - B. Pneumonie du poumon gauche.
   - C) Atélectasie du poumon gauche.
   - D. Epanchement pleural liquidien gauche.
   - E. Epanchement pleural gauche enkysté.

16. Quelle est l'étiologie à évoquer chez cette patiente ?
   - A. Bouchon muqueux intrabronchique.
   - B. Cancer bronchique primitif.
   - C. Embolie pulmonaire.
   - D. Tumeur médiastinal
   - E. Séquelles étendues de tuberculose pulmonaire

17. Pour confirmer votre diagnostic, vous devez demander :
   - A. TDM thoracique.
   - B) Fibroscopie bronchique.
   - C. FNS + hémocultures.
   - D. D.Dimères.
   - E. Dossier radiologique antérieur.

CAS CLINIQUE N° 5 :

Jeune fille de 17 ans aux antécédents d'épilepsie non suivie et ayant fait deux crises il ya un mois, consulte pour une toux avec expectoration purulente associées à une douleur basithoracique droite et une fièvre à 39°C évoluant depuis une semaine.

A l'examen clinique : état général moyen, présence d'une pâleur cutanée.

FR : 28cycles/mn, FC : 102batt/mn, TA :100/60, T° :39°5c, Poids :45kg, T :1,60m.

L'examen pleuro pulmonaire retrouve un syndrome de condensation au niveau du tiers inferieur de l'hémithorax droit.

Le reste de l'examen somatique est normal.

La radiographie thoracique retrouve une image hydroaérique de 8 cm de diamètre située dans la région paracardiaque droite faite d'une opacité dense et homogène surmontée d'une clarté séparée par un niveau horizontal.

18. Ce tableau radio-clinique évoque :
    - A. un kyste hydatique rompu
    - B. une pneumonie excavée
    - C. un abcès pulmonaire
    - D. une tuberculose cavitaire
    - E. un kyste aérien surinfecté.

19. Quel est l'examen à demander en priorité :
    - A. sérologie hydatique
    - B. ECB des crachats
    - C. recherche de bacilles tuberculeux à l'examen direct et en culture
    - D. TDM thoracique
    - E. FNS + hémocultures.

Les résultats des examens vous parviennent :

Sérologie hydatique 1/32

ECB des crachats : flore poly microbienne, examen direct à la recherche de bacilles tuberculeux est négatif, culture en cours .

TDM thoracique : condensation parenchymateuse excavée associée à des adénomégalies médiastinales .

Formule et Numération Sanguine :GB :21000 élts/mm^3 (PN :80 %, L :15%, PE :1%, PB :0%, M :4 %). HB=10g/dl, GR=4M, PLq=250000. Hémocultures négatives.

0. Votre conduite à tenir sera la suivante :

A. Traitement chirurgical.

B. Beta lactamine +Metronidazol

C. 2RHZE/4RH.

D. Beta lactamine+aminoside.

E. fluoroquinolone+aminoside.

4 jours après le début du traitement la patiente présente une douleur thoracique droite avec détresse respiratoire l'examen clinique retrouve une patiente dyspnéique. FR : 30c/mn ,FR :105batt/mn, SaO2 :88% l'auscultation pulmonaire :matité surmontée d'une hypersonorité. La radiographie thoracique objective une image hydroaérique de tout l'hémithorax droit avec refoulement du médiastin vers la gauche.

21. Il s'agit d'un (e):

A. Pneumothorax

B. Pleuropneumonie

C. Pyopneumothorax

D. Epanchement pleural liquidien

E. Hydaditopneumothorax

22. Devant ce tableau radioclinique la conduite à tenir sera :

A. oxygénothérapie.

B. exsufflation à l'aiguille.

C. pleurotomie à minima.

D. ponction pleurale évacuatrice.

E. pleurotomie chirurgicale.

CAS CLINIQUE N°6 :

Patient âgé de 35 ans originaire et demeurant à Alger chauffeur de profession et sans antécédents, père d'un enfant âgé de 05 ans, consulte pour fièvre à 39°c et une toux sèche évoluant depuis 03 semaine. A l'examen : état général moyen, l'examen pleuro pulmonaire est normal ainsi que l'examen somatique.

FR : 30 c/mn, FC : 105/mn, TA : 100/70, poids: 51 kg, taille: 160cm,T: 39°c

L'examen somatique est normal.

Radiographie du thorax de face : opacités micronodulaires uniformément répartis aux 2 champs pulmonaires.

23. Devant ce tableau radio clinique, vous évoquez le diagnostic suivant :

A. Miliaire carcinomateuse
B. Miliaire virale
C. Miliaire staphylococcique
D. Miliaire tuberculeuse ✓
E. Pneumopathie interstitielle diffuse

24. Quels sont les examens à demander pour étayer le diagnostic :

1. Tubage gastrique à la recherche de BK
2. FNS avec équilibre + hémoculture
3. Echographie abdominale
4. IDR a la tuberculine
5. Fond d'œil + ponction lombaire

Réponses : A :1+5 B : 1+4 C : 2+3 D : 3+4 E : 2+5

Les résultats vous parviennent :
absence de BAAR au tubage gastrique,
FNS : GB : 8000élts/mm3 (PN :60% L : 35%,E :1% ,B :0%,M :4%) GR : 4M , HB :10 g/dl,
plaquettes :160000, Pco2= 40 mmhg, Po2= 89mmhg, PH=7,40,
FO : normal,
PL : a ramené un liquide clair avec 5élements /mm3 à l'étude cytologique , une glycorachie :0,6g/l et une albuminorachie à 0, 5/l . IDR à la tuberculine : 7mm

25. En plus de l'oxygénothérapie votre attitude thérapeutique est la suivante :

1. 2RHZE/4RH ✓
2. 2RHZ/4RH
3. Corticothérapie
4. Oxacilline +gentamycine
5. Traitement symptomatique palliatif

Réponses : A : 1+3 B : 2+3 C : 4+5 D : 1+5 E : 2+5

i. Apres 10 jours de traitement, le malade signale des douleurs articulaires au niveau des chevilles et poignets. Vous décidez :

A/arrêter le traitement prescrit
B/maintenir le traitement institué et prescrire des AINS
C/prescrire un antalgique majeur
D/changer de traitement
E/prescrire un traitement symptomatique local

CAS CLINIQUE N° 7 :

Patient âgé de 55 ans maçon de profession, tabagique à raison d'un paquet / jour depuis 30 ans, aux antécédents de tuberculose pulmonaire à microscopie positive, traité et guéri il y a 20 ans, consulte pour des crachats hémoptoiques récidivants, un amaigrissement non chiffré avec asthénie le tout évoluant dans un context fébrile depuis un mois.

A l'examen clinique : pâleur cutanéo-muqueuse , l'auscultation pleuro pulmonaire :présence de râles ronflants diffus aux 02 champs pulmonaires.

Le reste de l'examen physique est sans particularité.

FC=100btt/mn, FR=26cycles/mn TA=100/80mmHg T°=38°5C Poids : 50 Kg, Taille :176cm,

La radiographie thoracique de face révèle deux clartés arrondies finement cerclées localisées au sommet avec attraction de la trachée du même côté ; par ailleurs on note dans la région sous claviculaire droite une clarté arrondie à paroi épaisse de 2cm de diamètre avec en son sein un bas fond liquidien.

27. Quel sont les examens complémentaires à réaliser en priorité

1. Recherche de bacille tuberculeux dans les crachats à l'examen direct
2. FNS et groupage
3. crase sanguine
4. Fibroscopie bronchique
5. IDR à la tuberculine

Réponses : A : 1+2 B : 3+4 C : 4+5 D : 2+3 E : 1+5

Les résultats des examens demandés vous parviennent :

-FNS : GB : 10 000/mm3 (PN:60%L:35%EO:2%B:O%M:3%),GR : 3,5millions/mm3, HB : 10g/l.

Hte : 32 %

-TP=75 % TCK=30, témoins= 34 secondes, groupage : ARh+

-IDR à la tuberculine : 05 mm

-Recherche de bacille tuberculeux à l'examen direct des crachats :

-1ère Bacilloscopie = 0 BAAR/300 champs

-2ème Bacilloscopie= 6 BAAR/champ

Fibroscopie bronchique : révèle un aspect inflammatoire de la muqueuse avec de nombreuses distorsions bronchique et des tâches d'anthracose.

28. Quel est votre diagnostic ?

1. Rechute d'une tuberculose pulmonaire	A : 1+4
2. Tuberculose par réactivation endogène	B :2+3
3. Reprise évolutive d'une tuberculose pulmonaire	C : 2+4
4. Echec d'une tuberculose pulmonaire	D : 1+2
5. Tuberculose par réinfection exogène	E : 2+5

29. Quel est le bilan pré thérapeutique à demander ?
   1. Poids
   2. Glycémie
   3. Chimie des urines
   4. Créatinémie
   5. Transaminases

Réponses : A :1+2 B : 1+3 C :3+5 D : 4+5 E : 2+3

Poids = 50 kg, glycémie = 1, 07 g/l, Créatinine = 12mg/l, Transaminase ; SGOT à 30g/l et SGPT à 24 g/l

Chimie des urines : absence de sucres et de protéines

30. Quelle est votre conduite thérapeutique?
   A. 2RHZE/4RH (3 cp)
   B. 2SRHZE/1RHZE/5RHE
   C. 2RHZ/4RH (4 cp)
   D. 2RHZE/4RH (4 cp)
   E. 2RHZ/4RH (3 cp).

31. Une semaine après le début du traitement, le patient présente une éruption généralisée scarlatiniforme associée à un œdème de Quincke, vous décidez de :
    1. Prescrire un anti-inflammatoire stéroïdien
    2. Arrêter tous les médicaments
    3. Poursuivre le traitement anti tuberculeux.
    4. Apres disparition des lésions, identifier le ou les médicaments responsables.
    5. Prescrire un antihistaminique

A=1+2 B=2+4 C=3+5 D=2+5 E=1+4

CAS CLINIQUE N° 8 :

Patient âgé de 37 ans aux antécédents de diabète non insulino dépendant sous hypoglycémiants oraux, chauffagiste, fumeur 1 paquet/an depuis 10 ans sans autres habitudes toxiques consulte dans le cadre de l'urgence pour une fièvre apparue il y a 5 jours et toux ramenant des crachats hémoptoiques . Le patient signale aussi des céphalées ainsi qu'une diarrhée ; l'examen retrouve un patient en état général moyen conscient coopératif. FC : 70 bat/mn, FR : 28 cycles/mn, TA 120/80mmHg, T° : 39°c, une cyanose des extrémités.

A l'examen pleuro pulmonaire présence de râles crépitants à la base pulmonaire gauche.

Le reste de l'examen somatique est sans particularité.

Devant ce tableau clinique une radiographie thoracique de face réalisée objective une opacité étendue non systématisé de tout l'hémithorax gauche ; au sein de cette opacité il existe des multiples clartés.

L'hospitalisation a été décidée chez ce patient.

32. L'hospitalisation de ce malade a été décidé devant les critères de gravité suivant, sauf :
    A. L'existence d'une comorbidité
    B. La présence d'une cyanose
    C. L'étendue des lésions
    D. Persistance de la fièvre
    E. L'âge du patient

33. Le diagnostic le plus probable est
    A. Pneumonie à germes anaérobies
    B. Pneumonie à légionella pneumophila
    C. Pneumonie à streptococcus pneumoniae
    D. Pneumonie à staphylocoque
    E. Pneumonie à Bactéries Gram Négatifs

Quels sont les arguments qui vous permet d'évoquer ce diagnostic ?

1) La symptomatologie clinique extra respiratoire
2) La profession
3) L'aspect radiologique
4) La comorbidité
5) L'examen clinique

Réponses : A : 1+2 B : 2+3 C : 1+4 D : 1+5 E : 3+4

5. Devant ce tableau radio clinique vous décidez de faire en priorité :

1. FNS + hémocultures
2. Glycémie
3. Parasitologie des selles
4. Urée + créatinémie
5. Ionogramme sanguin

Réponses : A : 1+2 B : 2+3 C : 2+4 D : 1+5 E : 3+4

Les résultats des examens para cliniques montrent :

FNS : GB 12000 élts/mm3 (PN : 85%, L :10%, E :1%, B : 2%, M :2%), Hb à 12g/l, plaquettes 155000 éléments/mm3, GR 5 millions/mm3,

Glycémie : 3 g/l, urée 0.68 g/l créatinémie :17mg/l ionogramme sanguin: NA 125meq/l, K 3meq/l . parasitologie des selles : examen négatif

36. Vous prescrirez en plus de l'oxygène et de l'insuline, l'antibiotique suivant :

A. Pénicilline
B. Macrolide
C. Quinolone
D. Aminoside
E. Céphalosporine

CAS CLINIQUE N° 9 :

Patiente de 45 ans, mariée et mère de deux enfants, sans profession, exposée au tabagisme passif, sans antécédents pathologiques, consulte pour gêne respiratoire depuis 2 jours avec toux et expectoration purulente et fièvre non chiffrée. Elle rapporte des épisodes similaires à répétition en périodes hivernales depuis 4 ans.

L'examen clinique retrouve une patiente consciente coopérative, parle difficilement, elle est bien colorée. FR : 32 c/mn, FC : 124 batt/mn, TA : 130/70 mm Hg .T/ 38.9°c. Poids : 80 kg T:1.63m.

A l'examen physique : tirage sus sternal et intercostal, avec des sueurs frontales.

L'examen pleuro-pulmonaire: présence de râles sibilants diffus aux deux champs pulmonaires

37. Quels sont les examens paracliniques à demander en priorité ?

1. radiographie thoracique standard de face.
2. DEP
3. Gaz du sang
4. FNS + hémocultures
5. ECG.

A. 1+2 B. 2+3 C. 2+4 D. 3+4 E. 4+ 5

Les résultats des examens complémentaires montrent :

Radiographie du thorax montre des signes de distension thoracique.

DEP : 200 l/mn pour un DEP théorique de 480 l/mn.

Gaz du sang : Pa O2 à 60 mmHg, PaCO2 à 44 mmHg, pH à 7.38, bicarbonates à 25 meq/l, SaO2 à 88 %.

FNS : GB à 13000 elts/mm3 (PN : 92%, L : 8%, M : 1%, E : 1%), GR à 4.8M, Hb à 12 g/dl, plaquettes à 180000 elts/mm3.

Hémocultures négatives

ECG : rythme régulier sinusal, pas de trouble de la repolarisation ni de la conduction.

38. Il s'agit d'un (e) :

A- Crise d'asthme bénigne
B- Crise d'asthme modérée
C- Crise d'asthme sévère
D- Arrêt respiratoire imminent
E- Exacerbation d'une crise d'asthme

39. En plus de l'oxygènenothérapie et de l'antibiothérapie, vous décidez d'instituer le traitement suivant :

1. Salbutamol en nébulisation
2. Salbutamol en chambre d'inhalation
3. Corticoïdes per os
4. Corticoïdes en IV
5. Corticoïdes inhalés à forte dose.

A. 1+3 B. 2+3 C. 1+4 D. 2+4 E. 1+5

Deux heures après la malade est toujours consciente, bien colorée, FR : 26 c/mn, FC : 120 batt/mn, TA : 130/70 mm Hg.

A l'examen pleuro-pulmonaire retrouve un discret tirage sus sternal, des râles sibilants diminué d'intensité par rapport à l'examen antérieur. DEP : 320 l/mn.

40. Cette évolution incite à :

A. Transférer le malade dans un service spécialisé
B. Transférer le malade en soins intensifs
C. Augmenter les doses de corticoïdes
D. Maintenir les séances de nébulisation
E. Faire la sortie du malade

41. Quel est l'antibiotique de première intention à prescrire chez cette malade ?

A. Amoxicilline
B. Amoxicilline + acide clavulanique
C. Erythromycine
D. Céfotaxime
E. Doxycycline

42. Quels sont les moyens nécessaires pour éviter des épisodes similaires chez cette patiente?

1. Vaccination antigrippale
2. Vaccination anti pneumococcique
3. Eviter la pollution professionnelle
4. Eviter le tabagisme passif
5. Education thérapeutique

A- 1+2 B : 2+3 C : 1+4 D : 2+4 E : 1+3

CAS CLINIQUE N° 10 :

Patient de 35 ans, enseignant, fumeur : un paquet par jour depuis 5 ans, sans antécédents, consulte pour douleur thoracique droite depuis 6 heures associée à une dyspnée au moindre d'effort.

L'examen clinique : état général moyen, température à 37°c, discrète cyanose des extrémités. FR : 30c/mn, FC : 98 batt/mn, TA : 120/60 mmHg. Poids : 65 kgs et Taille:1.80 m.

A l'examen pleuro-pulmonaire : distension thoracique droite avec hypersonorité, abolition des vibrations vocales et du murmure vésiculaire au niveau de tout l'hémithorax droit.

SaO2 : 88 %.

Le reste de l'examen clinique est normal.

La radiographie thoracique de face montre une distension thoracique droite avec hyperclarté avasculaire de tout l'hémithorax droit limitée en dedans par une opacité dense hilaire.

43. Quel sera votre conduite à tenir en urgence :

A. Exsufflation à l'aiguille + oxygénothérapie à fort débit
B. Exsufflation à l'aiguille + oxygénothérapie à faible débit
C. Exsufflation à l'aiguille
D. Pleurotomie à minima + oxygénothérapie
E. Exsufflation à l'aiguille+ traitement antalgique.

44. L'efficacité de ce traitement sera évalué dans l'immédiat par :

1. La disparition des symptômes respiratoires .
2. La diminution ou disparition des signes physiques à l'examen clinique.
3. La radiographie thoracique
4. La disparition du bullage au niveau du bocal
5. La normalisation de la saturation en oxygène.

A. 1+2 B. 2+3 C. 3+5 D. 2+4 E. 1+4

Après deux jours de traitement, le malade est bien coloré, la température est à 37°c, FR : 22c/mn, FC : 80 batt/mn, TA à 120/60 mmHg. L'examen pleuro-pulmonaire retrouve une hypersonorité, une diminution des vibrations vocales et du murmure vésiculaire au niveau de tout l'hémithorax droit. La radiographie thoracique de face : présence d'une hyperclarté avasculaire périphérique droite de 2cm d'épaisseur limitée en dedans par le poumon.

45. Vous décidez alors de :

A. Poursuive l'oxygénothérapie + exsufflation à l'aiguille

B. Faire une deuxième exsufflation à l'aiguille

C. Maintenir le drainage thoracique

D. Changer le drain thoracique

E. De confier le malade au chirurgien pour drainage thoracique.

46. En plus de ce traitement, le patient doit impérativement :

A. Arrêter de fumer

B. Eviter les efforts important à long terme.

C. Changer de poste de travail

D. Bénéficier d'une kinésithérapie respiratoire

E. Faire une spirométrie.

CAS CLINIQUE N° 11 :

Patient âgé de 65 ans, fumeur 25 P/A, administrateur de profession, suivi pour BPCO sous anticholinergique et salbutamol en spray depuis 5ans, consulte pour aggravation d'une dyspnée d'effort avec toux et expectoration purulente évoluant depuis une semaine. corticoïde

A l'interrogatoire on retrouve la notion d'une prise d'amoxicilline pendant 05 jours à raison de 3 g/j

L'examen clinique montre un patient en état général conservé, bien coloré, fébrile à 39°c.

FR : 23 c/mn, FC : 95 batt/mn, TA : 120/70 mmHg. Poids : 60 kgrs, Taille : 1.70m.

Sa O2 : 92 %.

L'examen pleuro-pulmonaire retrouve des râles ronflants et des râles sibilants aux deux champs pulmonaires. Le reste de l'examen clinique est normal.

La radiographie thoracique montre des clartés finement cerclées aux deux sommets pulmonaires.

47. Ce tableau radio clinique vous évoque une:

A. Tuberculose pulmonaire sur BPCO

B. Exacerbation d'une BPCO

C. Surinfection d'une DDB

D. Pneumonie sur BPCO

E. Emphysème pulmonaire

48. Parmi ces examens, quel est celui qui est utile pour la prise en charge thérapeutique de ce patient :

A. 3 examens de crachats à la recherche de bacilles tuberculeux

B. FNS +Hémocultures

C. Gazométrie sanguine

D. ECB des crachats

E. Aucun de ces examens paracliniques.

Les examens vous parviennent :

- Bacilloscopies négatives, cultures en cours.
- FNS : GB : 12000 elts /mm3 (PN : 90 %, L : 9% , M : 1% , B : 0%, E : 0%), Hb : 12 g/dl, plaquettes à 180 000 elts /mm30. Hémocultures négatives
- Gazométrie sanguine : PaO2 : 77 mmHg, PaCO2 : 40 mmHg, pH : 7.38, SaO2 : 92%.
- ECB des crachats flore polymorphe
- Radiographie de profil. Augmentation du diamètre antéro-posterieur du thorax et de l'espace clair retrosternal.

49. Quelle sera votre conduite à tenir?

A. Répéter 03 autres examens à la recherche de bacilles tuberculeux

B. Amoxicilline + acide clavulanique + bronchodilatateurs + Kinésithérapie respiratoire

C. Amoxicilline + acide clavulanique + Oxygénothérapie.

D. Amoxicilline + acide clavulanique + kinésithérapie respiratoire de drainage

E. Amoxicilline + acide clavulanique + corticoïdes.

50. Le lieu de la prise en charge thérapeutique et le suivi de ce patient se fera :

A. Dans un service d'urgences médicales

B. Dans un service de pneumologie

C. Dans un service de médecine interne

D. Dans une unité de soins intensifs

E. En ambulatoire.

51. Parmi les éléments suivants, quel est ou quels sont celui ou ceux qui permettent de surveiller l'efficacité du traitement ?

A. Les symptômes cliniques

B. Le DEP

C. La saturation en oxygène

D. Les gaz du sang

E. Le bilan biologique

CAS CLINIQUE N° 12 :

Patiente de 60 ans, mariée et mère de 3 enfants, femme au foyer, consulte pour dyspnée d'effort d'aggravation progressive depuis 6 mois associée à une toux sèche.

L'examen clinique : état général conservé, présentant un hippocratisme digital avec cyanose péribuccale, FR : 28 c/mn, FC : 84 batt/mn, TA : 140/80 mm Hg.

L'examen pleuro-pulmonaire : râles crépitants des deux moitiés inferieures des poumons.

L'examen cardio-vasculaire : bruits du cœur bien frappés, rythme régulier avec un éclat de B2 au foyer pulmonaire. Le reste de l'examen clinique est normal.

La radiographie thoracique de face montre des opacités réticulo-nodulaires diffuses aux deux champs pulmonaires, circonscrivant des micro-clartés.

52. Ce tableau radio clinique évoque :
    - A. Des séquelles de tuberculose pulmonaire
    - B. Une fibrose interstitielle diffuse
    - C. Un œdème aigu du poumon
    - D. Poumon polykystique
    - E. Dilatation de bronches bilatérales étendues.

53. Parmi les examens paracliniques suivants, quels sont ceux que vous demandez en urgence ?
    1. ECG+ échographie cardiaque
    2. Spirométrie
    3. Gazométrie sanguine
    4. TDM thoracique
    5. Fibroscopie bronchique

A: 1+2 B: 1+3 C: 2+4 D: 4+5 E: 1+5

Les résultats vous parviennent :

ECG : rythme régulier sinusal, pas de trouble de la repolarisation ni de la conduction.

Echographie cardiaque : cavités cardiaques non dilatées, fraction d'éjection à 70 %, PAPs : 36mmHg.

Spirométrie : CV : 2.6 litres (CV théorique : 3.5l), VEMS : 2litres (VEMS théorique : 2.6 litres).

Gazométrie sanguine : PaO2 : 54 mmHg, PaCO2 : 38 mmHg, SaO2 : 86%, pH : 7.38. Deux gazométries sanguines ont été faites il ya 3 mois retrouve les mêmes chiffres.

TDM thoracique : opacités nodulaires diffuses aux deux poumons, avec épaississement des septas avec de multiples images kystiques au niveau des lobes supérieurs et dilatations de bronches par traction au niveau des régions moyennes.

La fibroscopie bronchique : aspect inflammatoire diffus à tout l'arbre bronchique. L'étude histologique des biopsies des éperons est en faveur d'une inflammation non spécifique. Le lavage bronchiolo-alvéolaire retrouve une prédominance de polynucléaires neutrophiles.

54. Vous décidez de prescrire une oxygénothérapie à long terme en raison de(s) :
    1. hippocratisme digital
    2. l'étendue des lésions
    3. résultats observés de la gazométrie
    4. résultats observés de la spirométrie
    5. résultats de la pression artérielle pulmonaire

    A. 1.+3 B. 2+4 C. 3+4 D. 3+5 E. 2+5

55. En plus de l'oxygénothérapie au long cours, vous décidez de prescrire le traitement suivant :
    A. une corticothérapie peros
    B. une corticothérapie par voie inhalé
    C. broncho dilatateur.
    D. Des diurétiques.
    E. Inhibiteurs de l'enzyme de conversion.

56. L'efficacité de ce traitement à court terme sera évalué par :
    A. La diminution ou amélioration des symptômes
    B. La régression des images à la radiographie thoracique
    C. L'amélioration des chiffres spirométriques
    D. L'amélioration des chiffres de la gazométrie
    E. La diminution de la pression artérielle pulmonaire

Questions d'anatomie pathologique

57. Parmi les affections suivantes, quelle est celle qui comporte des inclusions cytoplasmiques
    A. Sarcoïdose
    B. Schistosomiase
    C. Lèpre
    X D. Virose
    E. Brucellose

58. Tous les liquides suivants, sauf un, sont des fixateurs tissulaires utilisables en Anatomie Pathologique. Lequel ?

A. Glutaraldéhyde
B. Liquide de bouin
C. Sérum physiologique
D. Formol à 10%
E. Alcool

Un homme âgé de 55 ans, fumeur, présente un épanchement pleural de moyenne abondance. Une biopsie pleurale a été réalisée. Cette dernière montre une prolifération épithéliale maligne agencée en lobules, cordons , structures glandulaires et papillaires.

59. Quel sont les diagnostics soulevés ?

1. Carcinome à petites cellules
2. Carcinome à grandes cellules
3. Adénocarcinome
4. Mésothéliome pleural
5. Carcinome épidermoïde

A : 3 + 4   B : 1 + 3   C : 2 + 5   D : 3 + 5   E : 1 + 2

60. Pour étayer le diagnostic, nous avons recours à

A. Un examen extemporané
B. Une étude histochimique
C. Un examen radiologique
D. Une immuno histochimie
E. Une nouvelle biopsie

Bonne Chance